



**UNIVERSIDADE DO MINDELO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO  
JANINE ALVES DELGADO Nº2623**

**Mindelo, 06 de Julho de 2015**



“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem”

Repercurção da histerectomia na vida sexual das mulheres:  
Intervenções de Enfermagem

**Docente: Janine Alves Delgado nº 2623**

**Orientador: Fernanda Evora Neves Duarte**

**Mindelo, 06 de Junho de 2015**

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho primeiramente à Deus pela oportunidade cedida, e depois para a meu filho **Marvín Frederico**, meu companheiro **Reinaldo Lopes**, minha mãe **Maria dos Reis** que sempre acreditaram em mim e estiveram do meu lado me apoiando.

## **Agradecimentos**

Mais do um esforço individual a realização deste trabalho académico foi o resultado e esforço de diversas pessoas que de certa forma acreditaram, colaboraram e confinaram na minha capacidade e por essa razão expresso os meus sinceros e profundos agradecimentos.

Agradeço primeiramente a **Câmara Municipal de São Vicente** pelo apoio para o pagamento das propinas durante estes 4 anos.

Agradeço ao meu companheiro **Reinaldo Lopes** e ao meu filho **Marvín Frederico** pelo esforço e pela paciência durante este tempo.

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO .....</b>	<b>18</b>
<b>Histerectomia .....</b>	<b>19</b>
Tipos de histerectomia.....	19
<b>A Mulher histerectomizadas .....</b>	<b>20</b>
<b>Indicação para a histerectomia .....</b>	<b>20</b>
<b>Cirurgias Urgencias.....</b>	<b>21</b>
Hemorragia pos parto .....	21
Perfuração uterina.....	21
<b>Cirurgias Electivas .....</b>	<b>22</b>
Endometriose .....	23
Prolapso uterino.....	24
Cancer do colo uterino.....	24
Cancro do Ovario.....	25
<b>A histerectomia e o impacto psicossocial.....</b>	<b>25</b>
<b>Uma resposta sexual a histerectomia .....</b>	<b>26</b>
<b>Prevenção da histerectomia .....</b>	<b>27</b>
Citologia ou papanicolau .....	27
Colposcopia .....	28
<b>Enfermagem e histerectomia .....</b>	<b>28</b>
<b>Intervenções de enfermagem .....</b>	<b>29</b>
Período Pré Operatório .....	29
Período Pós operatório.....	30
<b>PARTE II – METADOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
<b>Metadologia .....</b>	<b>33</b>
Instrumento de colheita de dados .....	34
Acesso ao campo de estudo .....	36

População.....	36
<b>PARTE III – APRESENTAÇÃO E DESCURÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
Apresentação dos resultados.....	38
Análise dos dados .....	38
Caracterização da população do estudo.....	38
Análise do conteúdo da entrevista .....	40
<b>Aceitação da cirurgia.....</b>	<b>42</b>
Prevenção da cirurgia .....	42
Aceitação do diagnóstico .....	43
Reacção a notícia da cirurgia.....	43
<b>Adaptando a nova realidade.....</b>	<b>44</b>
Interferência na saúde sexual.....	44
Prazer/ Satisfação sexual .....	45
<b>Relacionamento com os outros .....</b>	<b>46</b>
Apoio/ falta de apoio .....	46
Parceiro .....	46
Amigos / família .....	47
<b>Vivenciando o internamento no hospital.....</b>	<b>47</b>
Comunicação .....	47
Enfermagem.....	49
Diagnósticos de enfermagem.....	50
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>52</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>54</b>
Livros.....	54
Documentos da internet.....	55

## **Índice quadros**

Quadro 1 - causas da realização de histerectomia.....	15
Quadro 2- caracterização dos entrevistados.....	36
Quadro 3- Distribuição das entrevistas realizadas em Categorias Subcategoria.....	38



## **Índice de apêndices**

Apêndice (I) – Guião de entrevista.....	55
Apêndice (II) – Requerimento do HBS.....	56
Apêndice (III) – termo de livre esclarecimento.....	57

## **Lista de abreviaturas**

**HPV** -Vírus Papiloma Humano

**TAC**-Tomografia axial computadorizada

**HVLA**-Histerectomia vaginal laparoscópica-assistida

**HVPA**-Histerectomia vaginal pelviscópica-assistida

**HAT**-Histerectomia Abdominal total

**NANDA**- *North American Nursing Association* Glossário

**NIC** -Nursing Interventions Classification

**SNDE** - Simpósio nacional sobre diagnóstico de enfermagem

## **Glossário**

**Miomectomia** - remoção do tumor sem que o útero seja removido

**Histrectomia subtotal** - remoção do útero exceto a cérvix

**Histrectomia total** - remoção do útero e da cérvix

**Dispareunia** - dor intensa na relação sexual e logo após o ato

**Polaquiúria** - aumento da frequência de micção

## **Resumo**

Com este estudo pretende-se identificar os sentimentos das mulheres antes e após a histerectomia e as interferências emocionais para sua saúde sexual. Foi feita uma abordagem qualitativa descritiva, sendo a população alvo dez mulheres submetidas à histerectomia: duas do pré operatório e as restantes do pós-operatório. O instrumento de recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada com perguntas abertas relacionadas com os sentimentos relacionados com a cirurgia.

As interferências na saúde sexual e nos sentimentos da mulher histerectomizada devem ser minimizadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, com a estimulação do diálogo e do autocuidado.

O enfermeiro deve ter um papel facilitador para a mulher nos atendimentos de ginecologia, realçando a necessidade do autoconhecimento para o seu desempenho sexual.

A maioria das mulheres descreve a histerectomia como um alívio para os sintomas, apesar disso apresentam medo e receios antes da cirurgia pelas mudanças sexuais, porém, depois vêm o procedimento como positivo para a saúde sexual.

Os objectivos deste estudo foram alcançados, devendo-se aqui destacar a importância do apoio da família, amigos e do enfermeiro na fase de reabilitação da utente, pois é esse apoio que irá ajudá-la a enfrentar com optimismo os impactos a nível psicológico e social.

**Palavras-chave:** Histerectomia, sexo, sentimentos, enfermagem.

## Résumé

Cette étude a comme but identifier les sentiments des femmes avant et après l'hystérectomie et les interférences émotionnelles pour sa santé sexuelle. Elle a été réalisée dans une approche qualitative descriptive dont la population en question dix femmes qui ont subi une hystérectomie: deux de préopératoire et les autres de postopératoire. L'instrument de la collecte de données était l'interview semi-structurée avec des questions ouvertes liées à des sentiments au sujet de la chirurgie.

Les interférences dans la santé sexuelle et les sentiments de la femme qui a subi une hystérectomie doivent être minimisées par les professionnels de santé, en particulier les infirmiers, avec la stimulation du dialogue et de soins auto-administrés.

Dans ce cas, le rôle de l'infirmier doit être celui de facilitateur dans les questions des soins gynécologiques, soulignant la nécessité pour la connaissance de soi et pour sa performance sexuelle.

La plupart des femmes décrivent l'hystérectomie comme un soulagement pour les symptômes, mais néanmoins, elles présentent la peur, et la crainte avant la chirurgie en ce qui concerne les changements sexuels. Mais ensuite elles voient la procédure comme positive pour la santé sexuelle.

Les objectifs de cette étude ont été atteints, et il faut ici souligner l'importance du soutien de la famille, des amis et de l'infirmier dans la phase de réhabilitation du patient, car c'est ce soutien qui va l'aider à surmonter avec optimisme les impacts au niveau psychologique et social.

**Mots-clés:** l'hystérectomie, le sexe, les sentiments, l'infirmier

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como finalidade constituir um dos principais requisitos para a aquisição do grau de Licenciatura em Enfermagem, leccionada pela Universidade do Mindelo no decurso do ano Lectivo 2014/2015.

O principal objectivo é a obtenção de um estudo de carácter científico e investigativo onde a temática reflecte sobre: a assistência de enfermagem em mulheres hysterectomizadas, este estudo reflecte sobre as mulheres com vida sexual activa submetidas a hysterectomia no Hospital Baptista de Sousa (HBS) em São Vicente (SV).

A escolha do tema vai de encontro com o interesse profissional e necessidade despertado durante os ensinamentos clínicos realizados no ambiente hospitalar mas concretamente na enfermaria da maternidade de HBS.

Uma vez reconhecidas as repercussões da cirurgia sobre a vida das mulheres, acreditamos que será possível desenvolver estratégias que visem à humanização da assistência prestada. Além disso, pretendemos com este estudo reflectir sobre as necessidades da assistência de enfermagem nestas mulheres no contexto psicossociocultural a partir da visão das mesmas.

Para dar resposta a esta problemática, optou-se por uma abordagem qualitativa, tendo como instrumento como população mulheres de pré e do pós-operatório da hysterectomia na enfermaria de maternidade do HBS, e dotou-se como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada.

O presente estudo será dividida em três partes, sendo que a primeira parte estará dedicado ao enquadramento teórico, em que foi realizada através de revisão de literatura a cerca da hysterectomia, será retratado alguns conceitos relacionados com a cirurgia em si e os comportamentos psicossociais.

Na segunda parte foi realizada a descrição da metodologia aplicada, onde foi abordada toda a metodologia utilizada para a realização deste estudo.

E por fim, na terceira parte foi reservada para análise e discussão dos dados onde serão apresentados e trabalhados os resultados obtidos durante este estudo durante o processo de investigação e por fim as considerações finais deste estudo.

## Justificativa \ Problemática

A escolha do tema foi motivada pela necessidade e interesse em tentar perceber como as mulheres lidam com a possibilidade de serem submetidas a uma histerectomia sabendo que irá ser retirado uma parte do seu aparelho reprodutor.

Por outro lado entender a importância deste tema para a enfermagem mais especificamente pela sistematização da assistência de enfermagem nas utentes histerectomizadas, porque a assistência de enfermagem revela-se imprescindível no acompanhamento das utentes desde o diagnóstico até a cicatrização dando uma especial atenção aos sentimentos que as rodeiam esta temática.

A relação do útero com o papel reprodutivo da mulher e bem como com o seu desempenho sexual estão de certa forma ligadas a feminilidade atribuída a mulher. Pode haver uma atribuição de alguns problemas relacionados com ao desempenho sexual com a remoção do útero, mas isso poderá ser do foco psicológico como afirma o Butler Robert e Lewis, (1985, p. 42)” é compreensível que as pessoas tenham medo de cirurgias em seus órgãos sexuais. Sentem-se temerosas das possíveis consequências sexuais, além da apreensão usual causada pela operação cirúrgica”.

Sendo assim delinea-se a seguinte pergunta de partida para esta investigação “Qual a repercussão da histerectomia na vida sexual das mulheres histerectomizadas?” Para dar resposta a pergunta da partida foi elaborado o seguinte objectivo geral “Identificar quais as implicações para a saúde sexual e reprodutiva na mulher submetida a histerectomia. Para alcançar o nosso objectivo geral foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- Conhecer as principais causas da histerectomia em SV;
- Conhecer o significado atribuído pelas mulheres a ausência do útero;
- Conhecer os indicadores de mudança física e psíquica das mulheres histerectomizadas;
- Demonstrar os mitos e as verdades relacionadas com a vida sexual das mulheres histerectomizadas;
- Realçar o papel do enfermeiro como educador.

Para algumas mulheres a perda do útero faz com que se sintam diminuídas e inculam que isso poderá afectar o seu desempenho sexual.

Segundo os dados estatísticos recolhidos na enfermaria da maternidade do Hospital Baptista de Sousa (HBS)<sup>1</sup>, em 2014 foram realizadas histerectomia em 69 mulheres com a idade compreendida entre 28 a 77 anos, sendo que 36% destas mulheres são da ilha de São Vicente, 44% são da ilha de Santo Antão e as restantes são das ilhas do Sal, Santiago, São Nicolau e Boavista, as causas das histerectomias estão representados no quadro seguinte bem como as percentagens de cada um.

**Quadro 1** – causas da realização de histerectomia

<b>Causa de histerectomia</b>	<b>Percentagem</b>
Leiomioma	57%
Cancro	15%
Prolapso uterino	1%
Hipermenorreia	14%
Endometriose	6%
Rotura uterina	1%
Outros	20%

Elaboração própria

---

<sup>1</sup> Os dados foram facultados pela enfermaria da maternidade do HBS



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO**

## **Histerectomia**

Para o Cotidiano (2008, p. 1) a “histerectomia é a cirurgia realizada para retirada do útero”.

Desde “da década de 70 a histerectomia já era um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns; após o parto cesáreo, era a segunda cirurgia mais frequente realizado em mulheres em idade reprodutiva nos Estados Unidos” (Novak *et al*, 1977 *apud* Jackson, 2012, p. 8).

Carpenito (2001, *apud* Lima; Ribeira; Carvalho, 2014, p. 3) afirma que “a histerectomia consiste na remoção dos órgãos reprodutivos internos femininos, é classificada de acordo com os órgãos removidos”.

Entretanto Fernandes Soares; Fortunato; Correia (2014, p. 5) acrescentam que “o aparelho reprodutor feminino interno é constituído por ovários, trompas de Falópio (trompas uterinas) e o útero, e estão localizados na pelve”.

Halbe (1993, p. 285) afirmam que cada “tuba mede aproximadamente 10 centímetros (cm) de comprimento e localiza-se na margem superior do ligamento largo. Comunica com a cavidade peritoneal e com a cavidade do útero”

Segundo Genuth (2004 *apud* Jackson, 2012, p. 10) afirmam que a “função do útero é de abrigar e nutrir o feto em desenvolvimento até o nascimento, referindo se ao útero, e principalmente ao endométrio, como um órgão dinâmico que está em constante mudança durante grande parte da vida da mulher”.

Carpenito (2001; *apud* Lima 2012, p. 8) classifica a histerctomia em “histerectomia subtotal envolve a remoção do útero; a histerectomia total é a remoção do útero e do colo cervical; e radical que é a remoção destas estruturas mais as trompas de Falópio e ovários”.

## **Tipos de histerectomia**

Matingly (2012 *apud* Jackson, 2012, p. 14) afirma que “a histerectomia pode ser realizada por via abdominal, vaginal, por cirurgia convencional ou laparoscópica, devendo ser a técnica uma escolha individualizada”.

Deste modo “a histerectomia vaginal é a remoção do útero através de uma incisão feita na parede vaginal e na cavidade pélvica. Ela é contra- indicada em casos de grande tumor uterino, malignidades pélvicas, possibilidade de doenças metastáticas” (Rothack, 2007, p. 441).

Como alternativa “a via vaginal, pode se utilizada como recurso a histerectomia vaginal laparoscópica-assistida (HVLA) ou a histerectomia vaginal pelvoscópica-assistida (HVPa), nas quais são realizados pequenos orifícios no abdome, retirando o útero através da vagina (Cotidiano, 2008, p. 2)

Entretanto Roura, (2003, p. 1751) dividem “a histerectomia abdominal em: “Histerectomia Abdominal total (HAT) consiste na extracção total pela cavidade abdominal do útero e das suas camadas (...). A histerectomia Abdominal Subtotal consiste na extracção do útero pela parede abdominal sem as suas camadas, mas este tipo de histerectomia é pouco usado.”

Matingly, (2012 *apud* Nunes 2012, p. 14) acrescenta que “a via abdominal continua sendo a mais usada em todo o mundo, mas há evidências de vários estudos realizados, dizem que a histerectomia vaginal está associada a menos complicações, uma menor permanência hospitalar, recuperação mais rápida e menor custo global.”

Como se pode constatar “a Laparoscopia ocupava uma posição de relevo antes na medicina antes de os meios modernos, como a ecografia, tomografia axial computadorizada (TAC) etc.” (Schaffer, Arne; Menche, Nicole 2004, p. 242)

E ainda Rothack, (2007, p. 443) acrescenta que “a laparoscópica é a visualização endoscópica da cavidade peritoneal através da parede abdominal anterior, é usada para investigar e diagnosticar as causas de dor abdominal e pélvica, infertilidade e avaliação de massa pélvicas.”

Deste modo “a laparoscopia tem ainda um papel muito importante na ginecologia e em cirurgias, pois permite a realização de pequenas cirurgias” (Schaffer, Menche 2004, p. 243)

Neste sentido todas as “vias de acesso têm vantagens e desvantagens, sendo que cada uma tem suas próprias indicações e contra-indicações” (Meeker, Rothrock, 2007, p. 65).

## **A Mulher histerectomizadas**

### **Indicação para a histerectomia**

Lemgruber e Costa, (2000 *apud* Lima, *et tal*, 2014, p. 5) dizem que podem existir “várias indicações para a realização da cirurgia de histerectomia, isto varia de

paciente para paciente e depende muito do seu estado clínico. Esta indicação de tratamento de afecção pode ser tanto benigna quanto malignas”

## **Cirurgias Urgencias**

Phipps *et al* (2003, p. 249) definem como cirurgia de urgência como “não são planeadas e que requerem uma intervenção a tempo, mas que não representam risco de vida imediato.”

## **Hemorragia pos parto**

A hemorragia pos parto é defenida pelos Kruup *et al* (1987, p. 647) como “a perda de pelo menos 500 ml de sangue, depois da dequitação”. Ainda acrescenta que “as gestantes mais sugeitas a este tipo de sangramento são as multiparas com antecedentes de hemorrria pos parto infecções uterinas (...)”.

Uma das patologias ligadas a hemorragia pos parto é a “inversão uterina que ocorre como complicação grave do terceiro estágio do trabalho de parto neste sentido a inversão uterina é uma emergência obstétrica que deve ter diagnóstico e terapêutica imediatos devido a alta morbimortalidade materna”(Giongo; Azzi, Gios, Thaiana 2012, p. 79).

No entanto se o “sangramento persiste com acrescimo no corpo uterino, indica-se histerectomia subtotal, de fácil execução e menor tempo cirúrgico” (Kahhale, Soubhi 2012, p. 41)

Ainda Giongo *et al* (2012, p. 79) acrescentam que “a histerectomia representa o último recurso a ser usado no tratamento da hemorragia pós-parto, sendo utilizada quando o choque volêmico é evidente.

## **Perfuração uterina**

A perfuração uterina pode ser a consequencia de procedimento cirurgico nomeadamente a curetagem não intencionalmete.

Para “a realização da curetagem uterina é utilizada curetas metálicas para a extração do conteúdo uterino, porem os diâmetros variáveis podem oferecer riscos de acidentes cirúrgicos, principalmente de perfuração do útero, e maior probabilidade de

sangramento excessivo durante o procedimento”(Barbosa; Reggiani; Drezett, Jefferson, Andalaft 2010, p. 4)

Neste sentido “o diagnóstico é facilitado quando se mantém o instrumento que causou a perfuração na cavidade abdominal e, pelo toque bimanual, se palpa o mesmo ultrapassando a parede uterina” (Menegoci, Filho, Brondi, Guimarães; Modena, Bittencourt; Nagayassu; 2008, p. 38).

## **Cirurgias Electivas**

Contudo a histerectomia pode ser realizada como um cirurgia electiva que segundo Phipps *et al* (2003 p.248) as “cirurgias electivas são procedimentos cirurgicos planeados, não essenciais”.

## **Leiomiomas**

Podem ser definidas como “tumores benignos da musculatura uterina causa é desconhecida, embora parece estar relacionado com o estrogénio “(Krutt *et al* 1987, p. 607-609).

Entretanto Lowdermilk e Perry, (2008, p. 115) acrescentam que “os leiomiomas são tumores benignos do músculo liso uterino cuja sua etiologia é desconhecida. Porem ser encontradas em cerca de um quarto de todas as mulheres na idade fértil.”

Pode-se destacar como “manifestação clinica mais comum é o sangramento uterino anormal, frequentemente acompanhado de anemia que esta associada a fraqueza cansaço, a urgência urinária que é comum quando o tumor comprime a bexiga mas também poderá ocorrer a retenção urinária” (Krutt *et al* 1987, p. 607-609).

O mesmo autor acrescenta que “as leiomiomas podem ser classificas em intramurais quando são encontrados na parede uterina, (...),e submucosas lesões que ocorrem directamente por debaixo de endotélio, envolvendo a cavidade endotelial.”

Entretanto Black e Jacobs (1993, p. 2062) dizem que:

“O plano de tratamento depende dos sintomas idade, localização e tamanho do tumor, início das complicações e o desejo da mulher em engravidar. Contudo, quando o tratamento é definido, este, tipicamente, inclui miomectomia, (...) ou a histerectomia pode variar entre a histerectomia subtotal ou a histerectomia total”.

Mas muitas vezes “os miomas são detectados no exame pélvico de rotina, quando o útero apresenta deslocado e se observam, a palpação, nódulos irregulares na superfície uterina” (Monahan *et al* 2010, p. 1759).

## **Endometriose**

Lowdermilk e Perry (2008, p. 113) dizem que a “endometriose é caracterizada pela presença e crescimento do tecido endotelial fora do utero. O tecido endotelial contém glândulas e estroma e responde à estimulação hormonal da mesma forma que o endométrio uterino, geralmente em fases diferentes”.

Segundo o mesmo autor “este é um problema ginecológico comum que afecta 5 a 10% das mulheres em idade fértil, mas Black e Jacobs (1993, p. 2058) defendem que a endometriose é encontrada em mulheres na perimenopausa com idade compreendido entre 30 e 40 anos e que raramente ocorre em jovens com menos de 20 anos”.

No que diz respeito a sua etiologia tem são várias as teorias (Lowdermilk e Perry 2008, p. 113) defendem a “teoria da migração transtubária ou menstruação retrógrada. de acordo com esta teoria durante a menstruação, o tecido endotelial é regurgitado, ou transportado mecanicamente do útero para as trompas de falópio e para a cavidade peritoneal, onde se implanta nos ovários e noutros órgãos”.

Entretanto Black e Jacobs, (1993, p. 2058) sugerem “a teoria do fluxo menstrual que defende que o fluxo menstrual reflui através das trompas de falópio e deposita nas partículas de tecido endotelial viável no lado oposto da cavidade. A disseminação, então ocorre a metaplasia.”

Lowdermilk e Perry, (2008, p. 113) defende que:

“Os sintomas variam de mulher para mulher, podendo a sua gravidade oscilar ao longo do tempo. Ainda aponta como principais sintomas a dismenorreia e a dispareunia pélvica profunda. Mas ainda as mulheres também queixam de dor pélvica crónica não relacionado como ciclo menstrual, sensação de peso pélvico ou dor que irradia para a coxa.”

Ainda Black e Jacobs (1993, p. 2058) acrescenta que “as manifestações clínicas irregularidades menstruais e infertilidade, na ausência de obstrução tubária. Quando ocorre dentro do ovário, produz cisto cor de chocolate.”

Lowdermilk e Perry, (2008, p. 115) dizem que o “tratamento é baseado na gravidade da sintomatologia e nos objectivos da mulher ou do casal. A intervenção

cirúrgica está indicada muitas vezes em mulheres que apresentam sintomas severos, agudos ou incapacitantes”.

### **Prolapso uterino**

Sendo o “prolapso uterino, é o resultado tardio de trauma obstétrico do assoalho pélvico” (Krupp *et al* 1987, p. 614).

Mas entretanto Black e Jacobs, (1993, p. 2060) definem “o prolapso como sendo a descida ou procedência do útero.”

Geralmente “o prolapso uterino esta associado a cistocelo que quando a bexiga pode herniar para a vagina e rectocelo que é quando a parede rectal pode herniar para a vagina” (Phipps, *et al* 2003, p. 1754).

Mas, os mesmos autores classificam esta descida do útero em três estágios distintos:

No “primeiro grau o útero desce para dentro do canal vaginal e a cérvix alcança o canal mas não ultrapassa a entrada da vagina. Segundo grau o corpo do útero ainda esta dentro da vagina mas, o cérvix pro cai para a entrada da vagina. Terceiro grau o útero inteiro e o cérvix procaem pelo canal vaginal e este é invertida” (Black e Jacobs, 1993, p. 2060)

Black e Jacobs, (1993, p. 2060) acrescentam que o “tratamento do prolapso consiste na inserção de um pessário ou na histerectomia vaginal”

Mas entretanto Krupp *et tal* (1987, p. 614) concorda com “o tratamento mais efectivo é a histerectomia vaginal mas acrescenta que este depende da extensão de prolapso da idade da paciente do desejo em masturbar, engravidar e da sua disposição para o coito.”

### **Cancer do colo uterino**

Sabe-se que “o câncer de colo uterino é um câncer que pode ter cura, se detectado precocemente, e dependendo das condições de vida e saúde dessa mulher”. (Moura, Silva, Farias, Feitoza 2010, p. 95)

Normalmente “o cancer uterino é descoberto após os primeiros sintomas aparecem. Os sintomas mais significativos são alguns tipos de sangramento uterino anormal, especialmete o sangramento pos- manepausa” (Black e Jacobs 1993, p. 2065).

Mas entretanto “depois da invasão, a morte ocorre habitualmente em 3-5 anos para paciente não tratados ou que o cancer penetra no estroma do colo” (Krupp *et al* 1987, p. 609).

Todavia “permanecerem desconhecidas as causas do carcinoma do colo do utero existe uma relação estreita entre a relações sexuais precoce e frequentes, com multiplos parceiros, e a infecção viral em particular com o papilomavírus humano(HPV)” (Phipps, *et al* 2003, p. 1758).

Segundo Black e Jacobs, (1993, p. 2065) o “cancer uterino se divide em quatro estagios, sendo que o estagio I o tumor esta confinado ao corpo do utero; no estagio II o cancer invade também o cervice; no estagio III o cancer dessemina-se para além do utero mas manten-se confinado a pelve; estagio IV o cancer dessemina-se para alem da pelve causando metastáticamente.”

## **Cancro do Ovario**

Ainda que as “neoplasias ovaricas surgem em qualquer idade. Embora sejam desconhecidas a etiologia do concro do ovario, entretanto são varios os factores que parecem estar associados a sua incidencia” (Phipps, *et tal* 2003, p. 1781).

Mas não obstante Black e Jacobs, (1993, p. 2072) acrescenta que “a etiologia do câncer ovariano poderá estar associada com familiar e com um vínculo ambiental embora crescente que não haja evidencias substanciais no momento.”

Phipps *et al* (2003, p. 1780) acrescentam como “manifestações clinicas mal-estar pélvico, lombalgias, náuseas, vômitos, obstipação e polaquiúria.”

## **A histerectomia e o impacto psicossocial**

A “realização de uma histerectomia pode desencadear fortes reacções emocionais relacionadas à perda do útero e o próprio desconhecimento do corpo feminino. O medo de sentir dor também pode estar presente na mulher, provocando uma atitude esquiva em relação ao sexo” (Segal, 1994, *apud* Mónica *et al* 2009, p. 83).

Vomvolaki *et al* (2006, *apud* Muniz 2012, p.11) defende que “o conceito de feminilidade relacionado ao útero existe há muito tempo e foram construídos muitos significados ao seu redor, a maioria priorizando o papel da mulher como reprodutora, associando o motivo de sua existência à maternidade.”



Entretanto “a perda do útero faz algumas mulheres se sentirem diminuídas, pois crêem estarem impossibilitadas de sentirem prazer sexual, tendo incertezas com relação às possíveis modificações corpóreas, o que acaba levando a sentimentos depressivos, atribuindo a perda do útero à uma perda da sua feminilidade” (Angerami, 1998, p. 2006 *apud* Muniz 2012, p. 12).

### **Uma resposta sexual a histerectomia**

Fleury, (2004, p. 2) Afirma que a “sexualidade envolve um processo fisiológico e outras dimensões mais subjectivas do ser humano, tais como a capacidade de manter um relacionamento íntimo com o parceiro, expressar sentimentos e pensamentos, manter um padrão do relacionamento”.

Vellay, (1980, p. 44) descreve a sexualidade como uma “realidade biológica, psicológica, influenciada sempre por factores de ordem económica e social, e como sendo um dos mentores da nossa existência.”

Entretanto “a sexualidade manifesta-se de uma forma constante nos dois sexos, no entanto o acto sexual é a sua consequência” (Vellay, 1980, p. 45).

Segundo Perry, (2011, p. 50) a resposta sexual é “um mecanismo de *feedback* entre a secreção hormonal pelas gónadas, hipotálamo e hipófise anterior, ajuda a controlar a produção de células sexuais e a secreção de hormônios sexuais esteróides.”

Entretanto Masters, (1985, p. 1979) defende “um modelo científico para a compreensão da resposta sexual humana, caracterizada por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, comum para homens e mulheres, em sequência definida e linear.”

Mas Perry, (2011, p. 50) acrescentam que “o tempo, intensidade e a duração para a conclusão cíclica variam consoante os indivíduos e as situações”.

Butler e Lewis, (1985, p. 43) afirmam que “excepto o desconforto temporário, uma histerectomia não causa modificações em nenhuma parte da vagina envolvida na relação sexual.” E ainda acrescentam que “apesar do colo do útero não estar presente no fundo da vagina, isso não afecta o desejo sexual”.

Entretanto a mulher poderá “considerar a cirurgia como uma “castração “terá que resolver este problema ou seja terá de compreender que a remoção do útero não produz irradicação da sexualidade” (Perry 2011, p. 43).

De certa forma “função sexual pode ser afectada pela diminuição nos níveis do estrógeno. A capacidade diminuída de lubrificação frente à estimulação sexual pode causar a dispareunia, caracterizada por dor na relação sexual, o que afeta o funcionamento sexual e as condições psicológicas da mulher” (Berman *et al.*, 2001 *apud* Fleury 2004, p. 14).

Butler e Lewis, (1985, p. 43) concordam que se “os ovários forem removidos, a perda de estrogénio pode trazer mudanças no revestimento da vagina, mas, isto é tratável”.

## **Prevenção da histerectomia**

### **Citologia ou papanicolau**

O exame de “citologia é o estudo das células descamadas, esfoliadas, no conteúdo cervicovaginal e visa identificar as alterações celulares que precedem e/ ou caracterizam o processo neoplásico” (Halbe, 1993, p. 358).

O mesmo “foi desenvolvido como forma preventiva, de diagnóstico e de tratamento das possíveis alterações cervicais. O principal objectivo do exame é o tratamento da infecção pelo Vírus Papiloma Humano (HPV), a remoção das lesões condilomatosas, que leva a cura das pacientes na maioria dos casos” (Moura, Silva, Gomes, Martins; Feitoza, Rodrigues 2010, p. 95)

Krupp *et al* (1987, p. 608) realça que para “o exame citológico toda a mostra deve ser espalhada numa lâmina de microscópio e fixada. Para uma melhor triagem, as amostras devem ser tomadas do fundo vaginal, da junção escamocolunar e do canal endocervical.”

Para “a recolha da amostra é feita com a introdução de um espelho na vagina não lubrificada e depois da visualização do colo uterino, procede-se com a coleta de material para o exame citológico” (Halbe, 1993, p. 358).

Para Riener e Fonseca, (1978, p. 103) “a citologia deve respeitar duas condições fundamentais: ser simples e indolor.”

Halbe, (1993, p. 358) recomenda “a coleta triplica – fundo de saco vaginal posterior, ectocervice e endocérvice – em uma única lâmina previamente limpa e identificada.”

Halbe, (1993, p. 359) acrescenta ainda que “para garantir uma boa qualidade dos esfregaços, é necessário informar as clientes que, por ocasião de coleta do material elas:

- Não devem estar menstruadas:
- Não devem usar duchas ou medicamentos vaginais nas 48 a 72 horas anteriores:
- Não devem manter relações sexuais 48h antes:
- Nenhuma manipulação prévia sobre o colo uterino (toque vaginal, aplicação de ácido acético) pode ser realizada.

### **Colposcopia**

A “colposcopia é a visualização do colo uterino com o aumento de 10 a 20 vezes, que permite estabelecer o tamanho e as margens de uma zona de transformação anormal” (Krupp *et al* 1987, p. 607).

Ainda Rieper (1978, p. 7) acrescenta que “a aluminação do colo deve ser intensa e concentrada. A forma mais prática da instalação da colposcopia é a sua fixação na mesa do exame.”

A classificação utilizada divide-se “em achados colposcópicos normais, anormais, suspeitos de câncer invasor e achados insatisfatórios” (Novak, 1992; Silva, Filho, 2000 *cit in* Stivat, Lazzarotto, Rodrigues, Vargas 2005, p. 216).

A “histopatologia está baseada no critério morfológico arquitetural. Esse exame é realizado em amostras retiradas de uma superfície suspeita de presença de lesão ou malignidade” (Novak, 1992; Silva Filho, e Longato Filho, 2000 *cit in* Camile *et al* 2005, p. 216).

### **Enfermagem e histerectomia**

A “enfermagem é uma ciência cuja essência e especificidade é cuidar o ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico; (...) que abrangem o estado de saúde e de doença, tendo em conta conhecimentos fundamentados sobre aspectos pessoais, profissionais, científicos (...) que sustentam essas práticas” (Henderson 2007 *apud* Marques 2008, p. 51).

Portanto “o período pré-operatório centra-se na avaliação cuidadosa do doente para a cirurgia e o enfermeiro inicia o processo de enfermagem, identificando e

apreciando, planeando as acções de enfermagem e implementando parte dos cuidados.” (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, Green 2010, p. 902).

Rothrock (2008, p. 246) acrescenta que “depois da cirurgia, varias respostas psicológicas podem ser observadas, em que o utente com dor constante antes da cirurgia pode sentir alívio por ter a dor finalmente desaparecido

Mas entretanto Monahan *et al* (2010, p. 902) sublinham que “é previsível um período de raiva e de depressão, e o enfermeiro valida a adequação destas emoções e incentiva o doente a exprimir os seus sentimentos e avalia também as estratégias de *coping* e os sistemas de apoio do doente”.

Bilro e Cruz, (2004, p. 53) defendem que “na entrevista com o utente, a relação que o enfermeiro estabelece no período pré -operatório vai revelar- se fundamental no alívio da ansiedade, angústia e depressão, preparação psicológica para a intervenção cirúrgica”.

Neste sentido o enfermeiro tem de ser capaz de levar em consideração “as convicções religiosas e culturais sobre a doença pode ser um factor adicional a complicarem a aceitação do tratamento” (Thomas e Jeffrey, 2005, p. 375).

## **Intervenções de enfermagem**

As intervenções de enfermagem as utentes hysterectomizadas, são intervenções que podem ser divididas por fases, por esta razão serão divididos em cuidados do pré e do pós-operatório.

Para desenvolver uma linguagem padronizada no sentido de descrever as actividades executadas pelos enfermeiros, em 1987 foi iniciado o projecto “*Nursing Interventions Classification* (NIC) por um grupo de pesquisadores *College of Nursing University of Iowa*, e desde então têm sido desenvolvidas inúmeras estudos relativos as intervenções de enfermagem (McCloskey, Bulecek 2004, p. 12).

Neste sentido preferiu dividir s intervenções de enfermagem em pré e pós-operatório.

## **Período Pré Operatório**

Phipps, *et al* (2003, p. 526) afirmam que” o período pré operatório começa quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica (...) e termina quando o doente é transportado, em segurança, para o bloco operatório, e enviado ao enfermeiro da sala para receber os cuidados adequados”.

Neste período “o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem, desenvolve o plano de cuidados de enfermagem e de seguida, coordena e presta cuidados a doente que vão se submetidas a cirurgias” (Monahan *et al* 2010, p.247).

Algumas das actividades de enfermagem no pré-operatório a mulheres histerectomizadas estão explicitadas por Phipps, *et al* (2003, p. 1771) passam pela avaliação inicial do doente no pré operatório que começa “ o enfermeiro certifica-se de que foi prestado ensino e de que a mulher sabe descrever, com precisão, a cirurgia planeada e respectivos cuidados.”

Ainda acrescenta o mesmo autor que “a avaliação holística a reflectir as necessidades, fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do doente e da sua família ou pessoas significativas” (Phipps, *et al* 2003, p. 530).

De acordo com esta fase demonstraremos algumas das intervenções de enfermagem de acordo com NIC:

- Verificar o conhecimento que o doente tem sobre o procedimento e os cuidados previstos;
- Promover a circulação e oxigenação;
- Incentivar a verbalização de sentimentos e preocupação;
- Proporcionar privacidade a utente;
- Promover comunicação aberta;
- Monitorizar o estado emocional da utente;
- Apresentar a informação de uma forma estimulante.

### **Período Pós operatório**

Monahan *et al* (2010, p. 247) afirmam que o “período pós-operatório começa com a admissão na unidade de cuidados pós anestésicos e termina com a resolução de sequelas cirúrgicas.”

Para a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) (2006, p. 10) os objectivos de enfermagem no pós-operatório são “avaliar no final da cirurgia se o bem-estar e a segurança do utente foram respeitados, e avaliar se os objectivos das intervenções foram atingidos, comparando-os com os previamente definidos”

É neste sentido que “as actividades de enfermagem incluem a avaliação contínua das alterações no estado físico e psicológico do doente com o devido planeamento, implementação e reavaliação dos cuidados” (Monahan *et al* 2010, p. 246)

De acordo com o grau de exigência que esta face requer demonstraremos algumas das intervenções de enfermagem de acordo com NIC:

- Promover o conforto;
- Promover a circulação e a oxigenação;
- Promover a eliminação;
- Monitorar a interacção com o parceiro;
- Encorajar o utente a expressar os seus sentimentos;
- Identificar o grau de apoio familiar;
- Investigar as razões de culpa e de autocritica;
- Encorajar o comportamento sexual responsável;

## **PARTE II – METADOLOGIA**

## **Metadologia**

Nesta fase da investigação pretendemos descrever o método de investigação que foi utilizado durante o desenvolvimento desta monografia, sendo a metodologia uma aplicação de procedimentos técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade (Prodanov, e Freitas, 2013, p. 14)

O método de investigação utilizado nesta pesquisa é o método qualitativo, sendo que “toda a investigação qualitativa tende a realçar o sentido ou a significação que o fenómeno estudado reveste no indivíduo” (Patton, 1990 apud Fortin, 2009, p. 31).

Para a investigação, optou-se pelo método descritivo visto que pretendemos descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno (Fortin, 2009, p. 34).

Entretanto Freitas, (2013, p.52) diz que a “Pesquisa descritiva é quando o pesquisador apenas regista e descreve os factos observados sem interferir neles. Instrumento de colheita de dados.”

E para entender este fenómeno utilizamos como estratégia de colheita de dados, a fenomenologia, que, segundo Fortin, (2009, p. 352), é uma abordagem indutiva que tem por objectivo o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas.

Para que sejamos mais fiéis possível na nossa abordagem, pretendemos utilizar como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada, que nos permite entender melhor a parte afectiva/emocional da mulher

Fortin, (1999, p. 245) ”sublinha que a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

Para que fosse possível a entrevista foi elaborado um guião (apêndice I), que segundo Freitas (2013, p. 106) se trata de uma entrevista que é padronizada ou estruturada quando o entrevistador segue um roteiro preestabelecido. Ocorre a partir de um formulário elaborado com antecedência. Com a padronização, podemos comparar grupos de respostas;

A entrevista permite que sejamos os próprios atores sociais dos dados onde pretendemos avaliar as condutas, opiniões, desejos, atitudes e expectativas das mulheres histerectomizadas.



Para conseguir ter acesso aos participantes, foi elaborado um pedido de autorização entregue no HBS (apêndice II), que teve como principal objectivo a recolha de dados necessários para a realização desta pesquisa.

Após a autorização ser concedida, os participantes foram avisados do dia e da hora em que a entrevista seria realizada. Algumas entrevistas foram realizadas no HBS, especificamente na enfermaria de maternidade, lugar onde pudesse proporcionar conforto e confiança aos participantes na revelação das informações necessárias à realização deste estudo.

Para a primeira abordagem foi elaborado um termo de consentimento informando (apêndice III) que previamente se explicou aos participantes a finalidade e os procedimentos ligados a este estudo, com intuito de adquirir a autorização dos mesmos. Lembra-se que, segundo Fortin (2009, p. 193) “o consentimento é a aquiescência dada por uma pessoa para participar num estudo”.

No primeiro contacto foi estabelecida uma conversa empática e de confiança, onde tentamos dar à utente mais tranquilidade possível acerca do assunto. Também foi nesta primeira abordagem que se obteve o consentimento informado, tendo sido explicados a finalidade do estudo e os procedimentos a ele ligados, e obtendo a autorização para gravar a entrevista em áudio. Após a entrevista, as gravações foram analisadas cuidadosamente, a fim de verificar se fazia sentido e se havia necessidade de realizar mais uma entrevista.

Durante a transcrição da entrevista, uma das dificuldades encontradas foi da tradução do crioulo para o português, visto que a ideia era tentar ser mais fiel possível às entrevistas.

### **Instrumento de colheita de dados**

E para entender este fenómeno utilizamos como estratégia de colheita de dados a fenomenologia que segundo Fortin, (2009, p. 352) “é uma abordagem indutiva que tem por objectivo o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas”.

Para que sejamos mais fiéis possível na nossa abordagem pretendemos utilizar instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada, que nos permite entender melhor a parte afectiva/emocional da mulher, como complementa Fortin (1999, p.247) “a entrevista semi-estruturadas é um instrumento privilegiado no quadro de uma

variedade de métodos de investigação qualitativa, e que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas mas deixadas a descrição do investigador”.

Neste sentido para salvaguardar a privacidade da população em estudo, estas serão mencionadas por meio de nomes de flores, a mesma população é composta por oito mulheres que foram submetidas a histerectomia no HBS e que tenham uma vida sexual activa até a data da entrevista.

Fortin, (1999, p. 245) “sublinha que a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos as questões de investigação formuladas”.

Para a elaboração da entrevista foi elaborado um guião de entrevista onde que para Freitas, (2013, p. 106) “este tipo de entrevista é uma entrevista padronizada ou estruturada é quando o entrevistador segue roteiro preestabelecido ocorre a partir de um formulário elaborado com antecedência. Com a padronização, podemos comparar grupos de respostas.

A entrevista nos permite que sejamos os próprios atores sociais dos dados onde pretendemos avaliar as condutas, opiniões, desejos, atitudes e expectativas das mulheres histerectomizadas.

Para conseguir ter acesso aos participantes foi elaborado um pedido de autorização que foi entregue no HBS que teve como principal objectivo a recolha de dados necessários para a realização desta pesquisa.

Após a autorização ser concedida os participantes foram avisados do dia e da hora em que a entrevista seria realizada. Algumas entrevistas foram realizadas no HBS, especificamente na enfermaria de maternidade onde permitira que os participantes se sintam confortáveis e confiantes, revelando assim facilmente as informações para a realização deste estudo.

Para a primeira abordagem foi elaborado um termo de consentimento informado que teve como objectivo explicar aos participantes a finalidade e os procedimentos ligados a este estudo com o intuito de adquirir a autorização dos mesmos. Onde que segundo Fortin (2009, p. 193) “o consentimento é a aquiescência dada por uma pessoa para participar num estudo”.

No primeiro contacto foi estabelecida conversa empática e de confiança, onde tentamos dar a utente mais tranquilidade possível a cerca do assunto. Também foi nesta primeira abordagem que se obteve o consentimento informado, tendo sido explicados a finalidade do estudo e os procedimentos ligados a este, e obtendo-se a autorização para

gravar a entrevista em áudio. Após a entrevista, as gravações foram analisadas cuidadosamente, a fim de verificar se fazia sentido e se havia necessidade de realizar mais uma entrevista.

Durante a transcrição da entrevista uma das dificuldades encontradas foi da tradução do crioulo para o português onde se tentou ser mais fiel possível as entrevistas.

### **Acesso ao campo de estudo**

O acesso ao campo de estudo tornou-se possível após a direcção do HBS dar um parecer positivo, por parte do Conselho de ética, que autorizou a sua realização. Antes de tudo foi feita uma conversa informal onde explicamos a pertinência do estudo e a importância da sua participação no mesmo, e de seguida foi-lhes entregue um consentimento informado que foi assinado pela utente depois devolvido e, por fim, foi aplicada a entrevista.

### **População**

A nossa população alvo foram as mulheres submetidas à histerectomia no HBS, com vida sexual activa. Fortin (1999, p. 202) descreve a população “como uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade base da população junto da qual essa informação é colhida”.

Para este estudo optou-se por fazer a entrevista com uma população de oito mulheres que tinham realizado a histerectomia com vida sexual activa, sendo que duas foram pré-operatórias, duas já tinham realizada a histerectomia havia cerca de dois meses, duas tinham mais ou menos seis meses e duas havia mais de um ano realizada a histerectomia.

## **PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## **Apresentação dos resultados**

### **Análise dos dados**

Nesta fase da investigação serão apresentados e analisados os resultados obtidos através das entrevistas que foram realizadas com perguntas abertas, que” permitem o informante responder livremente” (Feitas 2013, p.109). Nesse caso, a análise dos dados é difícil, demorada porque “nesta fase o investigador explica pelas suas palavras e pelas do participante, o que está contido nesta parte da experiência (...)” (Fortin 1999 p.150).

Esta fase divide-se em dois componentes, sendo a primeira a caracterização da população - sujeitos entrevistados, a segunda pela análise do conteúdo das entrevistas de perguntas abertas.

### **Caracterização da população do estudo**

Para esta caracterização utilizou-se alguns critérios, tais como: idade, estado civil, número de filhos, profissão, tempo de cirurgia, entre outros como consta no quadro a baixo.

Vilelas (2009, p. 372) defende que “a confidencialidade implica num pressuposto a confiança que um indivíduo possui de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada”.

**Quadro -1 – caracterização dos entrevistados**

<b>Nomes</b>	<b>Idades</b>	<b>Habilitações literária</b>	<b>Nº de filhos</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de histerectomia</b>	<b>Tipo de histerectomia</b>
Cravina	45	4º Classe	4	Solteira	Assistente de serviços gerais	Pré Operatório	
Delfim	46	6º Classe	5	Casada	Operaria	Pré Operatório	
Lírio	42	12º Ano	0	Solteira	Professora	2 Meses	Histerectomia total
Palma	44	2º Classe	4	União de facto	Vendedeira ambulante	2 Meses	Histerectomia total
Lilac	49	12 ° Ano	2	Casada	Domestica	6 Meses	Histerectomia subtotal
Rosa	38	5º Classe	2	Solteira	Domestica	6 Meses	Histerectomia total
Tulipa	39	4 Classe	3	União de facto	Empregada domestica	+ de 1 anos	Histerectomia total
Frésia	55	Licenciada	2	Solteira	Profissional de saúde	+ de 1 ano	Histerectomia total

Elaboração própria

Na análise do quadro (1) que caracteriza a população, observou-se que todas as participantes são do sexo feminino, com a vida sexual activa e com idade compreendida entre 38 a 55 anos de idade.

Relativamente ao estado civil das oito entrevistadas, duas são casadas (lilac e delfim), duas vivem em união de facto (Palma e tulipa) e quatro são solteiras (cravina, lírio rosa frésia). Já relativamente às habilitações literárias, duas completaram o ensino secundário (Lírio e Lilac); uma completou o ensino básico (Delfim); quatro não chegaram a completar o ensino basico (cravina, palma, Rosa e tulipa) e somente uma do ensino superior completou (Frésia).

Respectivamente ao tempo da cirurgia este foi distribuída da seguinte forma, duas são da fase do pré-operatório, outras duas de mais ou menos duas meses realizadas a cirurgia, e ainda duas de mais de seis meses e por fim duas de mais de um ano depois da realização da cirurgia.

No que se refere a profissão das entrevistadas duas são domésticas, (Lilac e Rosa) uma profissional de saúde (Frésia) uma empregada doméstica (Tulipa), uma vendedeira ambulante (Palma), uma Professora (Lírio) uma Operaria (Delfim) e uma assistente de serviços gerais (cravina).

### **Análise do conteúdo da entrevista**

A análise de conteúdo “são estratégias que servem para identificar um conjunto de características essenciais à significação ou à definição de um conceito” (Fortin 1999, p. 364).

Nesta fase pode-se interpretar e avaliar os dados de forma conjugada ou separadamente como um modo de adequar aos objectivos desta pesquisa, pois a análise dos conteúdos constituem um conjunto de técnicas de interpretação e de comunicação.

Estes conteúdos serão divididos em categorias onde descreve o objectivo principal da ideia do estudo e em subcategorias onde a ideia será dividida e estudada separadamente como estão designados no quadro seguinte:

**Quadro 2** - Distribuição das entrevistas realizadas em Categorias e Subcategoria

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Aceitação da cirurgia	Prevenção da cirurgia Aceitação do diagnóstico Reacção a notícia da cirurgia
Adaptando a nova realidade	Interferência na saúde sexual Prazer/ Satisfação sexual
Relacionando com os outros	Apoio /falta de apoio Parceiro Amigos / família
Vivenciando o internamento no hospital	Comunicação Enfermagem Diagnóstico de enfermagem

**Elaboração própria**



### **Aceitação da cirurgia**

Nesta categoria, aceitação da cirurgia pretende-se demonstrar se as entrevistadas tinham hábito de realizar consultas de ginecologia periodicamente. Para que isso fosse possível dividiu-se em três subcategorias identificadas, como: verificar a dimensão da prevenção da cirurgia, a aceitação do diagnóstico e reacção à notícia da cirurgia.

### **Prevenção da cirurgia**

A realização de consultas de ginecologia, pelo menos duas vezes por ano, é uma informação que está disponível a todas as mulheres na idade reprodutiva, pois isso, passa por ser um método preventivo e que ajuda a diagnosticar inúmeras patologias ginecológicas a tempo da intervenção.

Apesar de haver muita informação acerca das consultas de ginecologia, foi constatado que algumas mulheres só vão a estas consultas quando surgem alguns sintomas que causam desconforto, assim como demostram os testemunhos a baixo:

**Rosa** - *As vezes, mas depois de ter sido internada no hospital por ter tido uma hemorragia é que comecei a fazer as consultas mais vezes.*

**Tulipa** - *Depois de ter muitas dores e de muito sangue durante o período menstrual resolvi fazer uma consulta.*

Deste modo, estas mulheres nos levam a perceber que só procuraram um ginecologista quando houve o aparecimento dos sintomas, o que nos sugere que as mesmas ou têm um défice de informação, ou a informação acerca dos benefícios da consulta periódica bem como a realização das análises ginecológicas, nomeadamente a citologia não esta a ser respeitado.

Durante as entrevistas constatou-se que as mulheres que vão às consultas periodicamente e que realizam os exames ginecológicos assimilam a informação da cirurgia com menos medo e ansiedade, o que facilita a aceitação da histerectomia, as quais referem que deste modo tiveram tempo de tomar uma decisão porque desde sempre se preocuparam em fazer consultas de ginecologia, o que demonstra as seguintes transcrições.

**Lírio** – *Sim, sempre fazia consultas periódicas. Costumava fazer consulta com o meu ginecologista 2 vezes por ano.*

**Frésia** - *Sim havia muito tempo que eu fazia consultas periódicas (...) fazia consultas de ginecologia 2 Vezes por ano.*

Constatou-se que há divulgação da informação sobre as consultas periódicas de ginecologia. Pelo contrário, há uma dificuldade em aderir a mesma, o que demonstra que as mulheres procuram estar informadas acerca do assunto, e que, em alguns casos facilita a aceitação da histerectomia.

### **Aceitação do diagnóstico**

Depois das consultas vem o diagnóstico e em seguida a solução que seria a cirurgia em si. Os problemas no aparelho reprodutor feminino acarretam ameaças, tanto a nível físico como emocional, o que mais uma vez revela que as mulheres que procuram mais os profissionais de saúde estão menos ansiosas com a realização da cirurgia.

Para muitas mulheres a revelação do diagnóstico é uma etapa muito delicada o que nos remete a um grau elevado de paciência e de informação para as pôr à- vontade durante a consulta, porém durante as entrevistas as mulheres se revelaram que todas sabiam qual foi o diagnóstico médico que as levou à cirurgia, como demonstram as transcrições que se seguem.

**Lírio**- *O meu diagnóstico foi mioma.*

**Lilac** - *Mioma com sangramento*

**Rosa**- *Mioma, com sangramento disfuncional*

**Tulipa**- *Mioma e caroço no útero (câncer uterino)*

### **Reacção a notícia da cirurgia**

Cada pessoa é uma pessoa e o que aconteceu quando as utentes tiveram a notícia que teriam de ser retiradas o útero, cada uma reagiu de uma forma singular.

A cirurgia em si é um factor de *stress* tanto físico como psicológico para a utente. Neste sentido, cada pessoa reage de forma diferente à experiência de uma cirurgia.

Algumas das entrevistadas demonstraram o desejo de se engravidar e a notícia de que já não podiam fazê-lo trouxe-lhes um pouco de tristeza e desilusão, pois com a retirada do útero já não podiam ter mais filhos. Tal notícia chocou-as, entretanto

aceitaram a cirurgia pela saúde e por não ter mais opção de tratamento, como nos relatam as entrevistadas a baixo.

**Lírio-** *Fiquei muito triste e de início passou que poderia ser retirado só o leiomioma e deixar o meu útero, pois ainda sonhava de ser mãe estava presente*

**Tulipa-** *Triste porque queria mais um filho*

Algumas das mulheres hysterectomizadas associaram a cirurgia com o alívio dos sintomas o que as trouxe mais conforto e qualidade de vida. Como relata as seguintes entrevistadas:

**Lilac -** *Me sinto bem e relaxada com a cirurgia*

**Palma-** *Não, tive medo e nem outro sentimento*

**Rosa-** *Só pelas dores ficou contente*

## **Adaptando a nova realidade**

Na presente dimensão pretende-se entender em que medida a hysterectomia interfere na vida sexual da mulher. Para isso, definiu-se duas subcategorias: interferência na saúde sexual e prazer/satisfação sexual.

### **Interferência na saúde sexual**

Em relação ao sentimento relacionado ao ato sexual, as entrevistadas, antes da cirurgia, demonstraram que recebiam alguma mudança, contudo ainda não sabiam explicar bem. Como relata Phipps et al (2003, p.1771) “...são muitas as mulheres igualmente preocupadas com efeitos da cirurgia na feminilidade e na sexualidade.”

A mulher tem de saber que só poderá reiniciar uma vida sexual satisfatória depois de seis semanas após a cirurgia, ou seja, até houver uma conveniente cicatrização da abóbada vaginal.

No entanto nesta fase algumas mulheres ressaem a mudança na sua vida sexual como dizem as entrevistadas abaixo.

**Cravina-** *Sim, acho que haverá alguma mudança, mas espero que tudo fica bem.*

**Delfim-** *Tera mudança de certeza, mas espero que eu e o meu marido encontremos solução para esta nova face*

**Lírio-** *Penso que com o avanço da medicina não terá nenhuma influência na minha vida sexual.*

## **Prazer/ Satisfação sexual**

Entretanto, as mulheres que já tinham feito a cirurgia e reiniciada a vida sexual deram-nos a entender que poderá haver alguma mudança, mas pela positiva, e daí que Phipps *et tal* (2003, p. 1771) afirmam que “ a mulher precisa de se adaptar às alterações da natureza das sensações e dos estímulos pélvicos durante a relação.”

Depois dos seis meses após a histerectomias, as mulheres relatam um aumento e um melhoramento no seu desempenho sexual, pois com a ausência do útero o espaço de penetração para o homem é maior.

**Frésia** - *Com o andar do tempo o sexo só melhora, por isso não sinto nenhuma mudança neste sentido.*

**Palma** - *Acho que não, ainda não senti nenhuma mudança, mas acho que esta melhor*

A mudança da realidade de uma mulher, a forma como ela se percebe e passa a perceber-se após a cirurgia. Essa mudança depende das suas crenças e valores que a mesma possui relacionados com o útero e sua feminilidade.

A sexualidade de uma mulher está no modo como ela conduz sua a vida, ou no seu meio. O ato sexual compreende apenas uma das fases da sexualidade feminina

Entretanto houve uma entrevistada que nos confidenciou que algumas vezes durante o acto sexual não se sente bem pois sente a sua vagina muito seca. Isso acontece porque a perda de estrogénio esta intimamente ligada à idade, isto é, quanto mais jovem for feita a histerectomia maior é a falta de estrogénio no organismo e isso afecta na lubrificação da vagina durante o acto sexual, pois dizem Butler Robert e Lewis, (1985, p. 43) que se os ovários forem removidos, a perda de estrogénio pode trazer mudanças no revestimento da vagina.”

E isso é confirmado pela transcrição abaixo:

**Tulipa** -*Muitas vezes, sinto seca e não sinto satisfeita sexualmente, pois sinto muito seca*

Este problema pode ser ultrapassado se a mulher procurar um ginecologista e fazer uma reposição hormonal. De acordo com os dados, esta entrevistada tem 39 anos e já fez a histerectomia há alguns anos, o que nos confirma que falta o estrogénio no seu organismo esta intimamente ligada com a idade.

## **Relacionamento com os outros**

Na presente dimensão, abordou-se a interacção que a utente tem com os outros, nomeadamente se teve apoio ou não do seu parceiro sexual e da sua família como o principal cuidador e com o com isso definiu-se três subcategorias o Apoio/ falta de apoio, porém foi identificado diferentes actores: Parceiro, família/amigos.

### **Apoio/ falta de apoio**

No momento tão importante na vida de uma mulher, como o caso de mutilação dos seus órgãos femininos internos, o apoio torna-se essencial e crucial para aquele que o recebe do seu parceiro, bem como de amigos e familiares.

### **Parceiro**

O indivíduo está inserido numa sociedade que tem determinadas normas e valores para regular certos comportamentos emocionais, estando estes sentimentos relacionados com a posição social que a pessoa ocupa e sua relação interpessoal. É neste sentido que Monahan et al (2003, p. 1761) afirmam que “o companheiro deve ser incentivado a mostrar-se colaborante e compreensivo durante este período (...) a comunicação aberta entre o doente e o seu parceiro é essencial.”

Algumas das entrevistadas afirmaram que tiveram e sentiram apoiadas pelos seus companheiros durante esse período das suas vidas, como nos mostram os depoimentos que a seguir apresentamos:

**Rosa** - *Para o meu marido se fosse melhor para mim tudo bem*

**Delfim** - *O meu marido disse que me apoiava na minha decisão*

**Lilac** - *Informei-o e ele acabou por aceitar sem, nenhuma compilação*

Entretanto, algumas das entrevistadas assumem não ter dito ao companheiro que tipo de cirurgia iam fazer, ou então aproveitaram a sua ausência para marcar e fazer a cirurgia como nos mostram as transcrições abaixo.

**Palma** - *Aproveitei que ele tava fora e fiz a cirurgia*

**Tulipa**- *Não, informei ao meu parceiro*

**Lírio** – *Aproveitei que no momento não tinha parceiro estava sozinho.*

Estas mulheres optaram por não dizer nada aos companheiros devido ao medo dos estigmas que a sociedade tem acerca do assunto.

## **Amigos / família**

As relações familiares e de amizade durante e após a fase da histerectomia constituem um apoio importante na aceitação e adaptação à nova condição de vida, através do encorajamento e apoio moral pois a presença do outro é importante em toda a nossa vida. No entanto podemos dizer que é mais apreciada e necessária em determinadas fases.

Por outro lado, as entrevistadas assumem ter partilhado a notícia com familiares e amigos mais próximos. Nesta perspectiva, Phipps *et al* (2003, p.1771) afirmam que “ os familiares devem ser informados acerca destas reacções, nomeadamente a depressão.

Como nos mostram as transcrições abaixo:

**Lilac** – *Partilhei, somente com minha a irmã e o meu marido.*

**Palma**- *Partilhei com os familiares mais próximos*

**Rosa** - *Partilhei com os familiares mais próximos,*

**Tulipa** - *Partilhei com os familiares mais próximos*

A notícia da histerectomia como tratamento causou receio e de certa forma preocupação em relação a aceitação por parte da família e da sociedade e, isso contribuiu para que, as mulheres apresentassem um certo receio em partilhar a notícia.

Apesar da aceitação da cirurgia passar por um processo reflexivo, na qual é necessário considerar os benefícios e malefícios da decisão, há toda uma reflexão da aceitação ou rejeição da sociedade em relação à feminilidade da mulher histerectomizada.

É neste sentido que podemos observar a resistência em transpor sobre a patilha da notícia de cirurgia, cada uma apresenta uma pessoa de confiança e o medo de ser julgada, ou seja, a mulher já aceitou a cirurgia, mas ainda não é capaz de enfrentar a sociedade em si.

## **Vivenciando o internamento no hospital**

Nesta dimensão: vivenciando o internamento no hospital, foi identificado três categorias: a comunicação, a enfermagem e, por fim, diagnósticos de enfermagem.

## **Comunicação**

A comunicação, ou a falta dela, é um dos pontos relevantes para a realização de uma cirurgia. Como foi afirmado por Monahan *et al*, (2003, p. 1769), “o ensino ao

doente é a base de enfermagem. O enfermeiro deve certificar-se de que a mulher conhece a natureza e as consequências do procedimento cirúrgico.”

O que não aconteceu com uma das entrevistadas que, segundo a mesma, não tinha conhecimento que tinha sido realizada uma histerectomia total e não era por desconhecer o significado, mas sim porque não foi informada da cirurgia em si.

Como nos mostram a transcrição abaixo:

**Palma-** *“Fui fazer uma consulta e a doutora me disse que eu tinha mioma, fiz uma viagem e, depois quando regresssei fui a outra consulta e ela me disse que o mioma estava gigante, e ela me perguntou quantos filhos eu tinha, eu disse quatro. E ela disse, então vamos retirar tudo mas ela não me disse tudo o quê, eu pensei que era todo o mioma, e agora eu acabo por saber que já não tenho útero”.*

Entretanto, “antes da cirurgia, o médico pede ao doente para assinar uma declaração que consente o procedimento cirúrgico. O consentimento implica que o doente recebeu as informações necessárias para compreender a natureza do procedimento” (Monahan et al 2003, p. 249).

O que permite afirmar que os direitos desta utente foram violados, na medida em que ela não foi informada adequadamente do procedimento. Ainda o mesmo autor acrescenta que “ o incumprimento por parte do cirurgião em não fornecer ao doente ou tutor legal a informação completa pode resultar num processo legal por negligência”.

No momento da entrevista esta utente demonstrou-se desespinhada com a notícia da retirada do seu útero porque para ela só lhe tinham feito uma curetagem para a retirada somente do leiomioma e na abordagem para a entrevista ela foi informada que lhe tinham retirado o útero. Se o enfermeiro funciona como o advogado do utente, como que esta senhora não teve uma abordagem de um profissional a informar-lhe de que procedimento iria ser feito ou que foi feito.

Isso demonstra que os enfermeiros têm de estar bem preparados para fazerem uma abordagem às utentes histerectomizadas de modo a fornecer-lhes todo o tipo de informação que o procedimento requer.

Ainda uma outra utente refere durante a entrevista não houve comunicação por parte de alguns profissionais depois da cirurgia. E neste sentido Monahan *et al* (2003, p. 1761) realça que “ no pós-operatório, praticamente todas as mulheres passam, de certo

modo, por depressão; durante vários dias podem estar inexplicavelmente chorosas”. Como nos demonstra a transcrição abaixo.

**Lírio** - *Há profissionais que são impecáveis e de certa forma sensível mas em alguns profissionais falta muito de comunicação pois não escolhem bem as palavras para falar com os utentes.*

Por estas mulheres estarem mais sensíveis depois da intervenção cirúrgica, o profissional de saúde tem de levar em conta que, na hora de fazer qualquer procedimento, deve tratar a utente de uma forma holística, ou seja, tratar o utente como o todo a abordagem dos profissionais de saúde não passa somente por fazer um penso é também ouvir e, de certa forma, absterem-se dos seus preconceitos para que a utente se sinta bem tratada.

## **Enfermagem**

Durante as entrevistas algumas participantes deste estudo relataram que sentiram que foram bem cuidadas pelos enfermeiros durante o internamento hospitalar, valorizando a relação que estabeleceram com esses profissionais.

O enfermeiro deve incentivar a mulher a lidar com o sentimento de luto pela perda de seu útero. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel motivador para a utente, pois a hospitalização funciona como um factor de *stress* para as mulheres histrectomizadas, mas com o apoio dos profissionais a ansiedade e o medo são minimizada. Como se pode verificar nas transcrições abaixo.

**Lilac** - *Senti muito bem tratada pelos profissionais de saúde e eu não mudava nada no tratamento deles*

**Palma** - *Fui muito bem tratada no hospital por todos, principalmente pelos enfermeiros.*

**Tulipa** - *Senti bem tratada no hospital, eu não mudava nada*

Deste modo os enfermeiros devem fornecer informações acerca da cirurgia para essas utentes, pois assim contribuiriam para diminuir as fantasias que envolvem a mulher, e também de certa forma ajuda o utente a sentir-se mais segura no ambiente hospitalar como afirma Monahan *et al* (2003, p. 249) o enfermeiro perioperatório é o advogado do doente.

Porém, uma das entrevistadas sentiu-se mal tratada durante a sua permanência no hospital, pois para que haja uma boa relação tanto o enfermeiro como o utente têm



de colaborar. Esta utente por coincidência é profissional de saúde e ela sentiu que deveria ter um outro tratamento.

A forma como o enfermeiro aborda a utente pode ser crucial na recuperação da utente, pois além de levar em conta a terapêutica do utente, o enfermeiro deve ter uma abordagem empática de forma a diminuir a ansiedade. Neste sentido, Watson (2002, p. 55) alega que “cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e as suas competências”. Como se pode verificar na transcrição abaixo

**Frésia** - *Eu como sendo uma profissional de saúde, acho que fui negligenciada pois os medicamentos que deveriam ser administradas as 6 horas da manhã, foram dadas as 8 horas e, os colegas só limitavam a fazer o seu trabalho pouca conversa, só falam o indispensável como bom dia, boa tarde ou boa noite, mais nada.*

Os enfermeiros que prestam assistência às mulheres hysterectomizadas de certa forma estão preparadas para tal. Esta preparação é de extrema importância, pois o enfermeiro tem de compreender este processo pelo qual as mulheres hysterectomizadas passam, quais as reacções comportamentais que devem esperar e as medidas terapêuticas a serem adoptadas para minimização da dor, da perda (nesse caso do útero), do *stress* e medo.

Ainda Bértolo *et tal* (2008, p. 117) acrescenta que “o enfermeiro pode certificar-se de que os cuidados foram eficazes, quando a mulher refere melhoria na qualidade de vida, competência de autocuidado, assim como uma visão positiva do autoconceito e da imagem corporal.”

### **Diagnósticos de enfermagem**

Nesta fase da investigação pretende-se demonstrar alguns dos diagnósticos de enfermagem que foram mais importantes para este estudo.

E para que estes diagnósticos sejam mais credíveis foi utilizado o *North American Nursing Association* (NANDA), criada em 1992, no segundo simpósio nacional sobre diagnóstico de enfermagem (SNDE) (Pessoa, João 1992, p. 5).

A intervenção de enfermagem trata-se “de uma acção autónoma da enfermeira, baseada em regras científicas que são executadas para beneficiar o cliente, seguindo o caminho predito pelo diagnóstico de enfermagem com o estabelecimento de metas a serem alcançadas” (Bulechek e McCloskey 2004, p. 15).

O ensino e acolhimento ao utente e família são os cuidados essenciais de enfermagem. De acordo com esta fase, os principais diagnósticos, segundo NANDA, correspondem a:

- Défice de conhecimento devido a falta de experiências as rotinas e procedimentos cirúrgicos e relacionado com os cuidados a cerca de histerectomia:
- Medo relacionado com o diagnóstico e consequências da cirurgia:
- Ansiedade relacionada a patologia, tratamento e também com a imagem corporal:
- Padrão de sexualidade alterada devido aos mitos e tabus relacionados com a cirurgia:
- Ansiedade devido ao medo e angústia a cerca da cirurgia:
- Fadiga devido à libido diminuída.

O enfermeiro tem de ter a capacidade de fazer o seu diagnóstico relacionado a cada utente que este atente, é desta forma que Monahan et tal (2003, p. 249) acrescentam que “as responsabilidades da enfermagem centram-se na avaliação contínua do estado fisiológico e psicológico do doente e no planeamento e implementação da acção de enfermagem eficazes que promovem a segurança e a privacidade”.

## **Considerações Finais**

Ao realizar esta pesquisa foi possível constatar as implicações da histerectomia para a vida sexual da mulher, tanto a nível psicológico como socialmente. Procurar conhecimento mais aprofundado e científico acerca deste fenómeno constitui um enriquecimento para a enfermagem, na medida em que pode proporcionar um cuidado personalizado e humanizado para esta situação.

Quanto à realização da investigação, pode-se afirmar que houve muitas dificuldades, começando pela falta de bibliografia acerca do assunto, passando pelos tabus que foram encontrados para as entrevistas e, por fim, a realização do trabalho científico em si.

A experiência da histerectomia constitui um período difícil e marcante para as mulheres, não se restringindo a um momento pontual relacionado com a cirurgia em si, mas também a todo o processo, desde o diagnóstico até à reabilitação.

A maioria das mulheres descreveram a histerectomia como a solução para o seu problema, ou seja, associavam a cirurgia ao alívio dos sintomas, mas também apresentam alguma insegurança em relação à sua vida sexual. Entretanto algumas hesitaram em relação à sexualidade e à reprodução, pois foi demonstrado o interesse por terem mais filhos.

O enfermeiro tem um papel facilitador para as utentes na ocasião das consultas ginecológicas e nos atendimentos nas enfermarias, indicando as necessidades do autoconhecimento e autocuidado para a sua vida sexual, no sentido de aprofundar os aspectos naturais, afectivo e positivo da vida humana.

É importantes que os enfermeiros compreendam o processo pelo qual a mulher histerectomizada passa, considerando as questões sociais e psicossomáticas relacionadas à saúde da mulher e estar atenta aos aspectos que envolvem o quotidiano da mulher, contemplando a avaliação dos problemas relativos ao trabalho, à afectividade e à sexualidade, procurando assim a integralidade da assistência.

No entanto, o objectivo fundamental deste estudo foi cumprido, na medida em que foi possível conhecer e identificar as implicações para a saúde sexual e reprodutiva na mulher submetida a histerectomia, bem como o apoio da família, amigos e profissionais sobre esta temática identificada através de uma entrevista semi-estruturada de perguntas abertas.

A pesquisa correspondeu aos objectivos propostos e foi também elevado o nível de enriquecimento pessoal e profissional dos que nele tomaram parte.

As propostas que se seguem serão direccionadas para a enfermaria da maternidade do HBS, onde se desenvolveu a pesquisa.

- Proporcionar uma equipa multidisciplinar onde se integra enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, ginecologista, pois a demanda é muito baixa para a preparação e prestação dos cuidados as mulheres hysterectomizadas;
- Preparar as utentes e os familiares tanto a nível físico e psicológico antes da cirurgia;
- Proporcionar as utentes um ambiente calmo para a recuperação da cirurgia;
- Dar as utentes opção de escolha em qual das enfermarias querem permanecer no pós-operatório;
- Proporcionar a utente toda a informação possível a cerca da cirurgia;
- Respeitar a decisão do utente no pré e pós-operatório;

## Referencias Bibliográficas

### Livros

1. Black, Joice M., JACOBS, Esther Matassarín. (1993), Enfermagem Médico-cirúrgico, uma abordagem psicofisiologia, 4 edição, Editora Guanabara Koogan
2. Cabero, Luis Roura (2003). Tratada de ginecología, obstetricia y medicine de la reproduction, Madrid, editorial Panamericana.
3. Fortin, Marie-Fabienne, (1999), O processo de investigação: Da Concepção á Realização, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., Loures - Portugal
4. Fortin, Marie-Fabienne, (2009), O processo de investigação: Da Concepção á Realização, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., Loures - Portugal.
5. Halbe, Hans Wolfgang (1993). Tratado ginecológico, 2 edição, Brasil, Editora Roca lda.
6. Hesbeen, W, (2003), Criar novos caminhos: a reabilitação, Loures, Lusociência, Edições Técnicas Científicas, Lda..
7. Lowdermilk, Deitra Leonard; PREEY, Shonnon E. (2008) Enfermagem na maternidade, 7 edição, Lusodidatica
8. Krupp, Marcus A., CHATTON, Milton J., WERDEGAR, David e autores associados (1987), Diagnostico e Tratamento, São Paulo, Atheneu Editora São Paulo.
9. Perry E. Shannon (2011).Introdução a Enfermagem na Maternidade, 7ª edição. Lusodidatica
10. Perlemuler, L; Quevauvilliers; Perlemuter, G ; Amar, B ; Aubert, L. (2001) Anatomia e fisiologia para os cuidados de enfermagem, 2 edição, Franca, Lusociência-.
11. Phipps, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane (2003) Enfermagem Médico Cirúrgico 6º edição, Lusociência

12. Quivy, R; Campenhoudt, L. V, (1998), Manual de investigação em ciências sociais. 2ª Ed., Lisboa, Gradiva
13. Rothrock, Jane C; McEwen, Donna (2008). Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico, 13 edição, Lusodidática
14. McCloskey, C Joanne; Bulechek, M Gloria (2004). Classificação das Intervenções de Enfermagem. 3ª Edição, Porto Alegre, Artmed
15. Masters, WH; Johnson, VE. (1979) A incompetência sexual. 3ª edição. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira,
16. Meeker, MH, Rothrock JC. (2007) Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan;
17. Monohon, F. D, Sands J. K; NEIGHBORS, M; MAREK, J.F; GREEN, C.J, (2010), Enfermagem Médico- Cirúrgico (perspectiva de saúde e de doença), 8ª edição, Loures
18. NOBRE, Pedro (2006) Disfunção sexuais. Teoria, Investigação e Tratamento Lisboa, Climepsi Editores
19. Nobrega, Lima Miriam Maria; Garcia, Ribeiro Telma (1992) Uniformização da Linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: Sistematização das propostas de II SNDE, João Pascoa
20. BILRO, M. E. S; Cruz, A.G, (2004), Enfermagem Oncológica, 1ª edição, Vale Gemil, editora: Formasau, Lda.

#### Documentos da internet

21. Barbosa, Avelar; REGGIANI, Celeste; DREZETT, Jefferson; NETO, Andalaft (2010) Sociedade Brasileira de Reprodução Humana – Abortamento Legal (disponível)  
[http://www.sbrh.org.br/sbrh\\_novo/guidelines/guideline\\_pdf/guideline\\_de\\_abortamento\\_legal.pdf](http://www.sbrh.org.br/sbrh_novo/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_abortamento_legal.pdf)  
19-03-2015-13:20hrs

22. Fernades, João Soares, FORTUNATO, J M Soares, PINTO, Jorge Correia.  
 ‘‘ Fisiologia do Aparelho reprodutor feminino’’ Universidade do Minho  
 (disponível). <http://dspace.bc.uepb.edu.br>  
 25-04-2015 – 15:35hrs
23. Freury, Heloísa. J. (2004) ‘‘ Sexualidade: Menopausa e Andropausa ‘’,  
 Revista Brasileira de Psicodrama, volume nº12 (85:98).  
<http://dspace.bc.uepb.edu.br>  
 12-05-2015- 16:00hrs
24. Giongo S Muriel; Azzi Tatiane, Gios Silva Thaisa, Santoro C.Thaiiana 2012  
 Óbito pós inversão uterina: relato de caso (disponível)  
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/933.pdf>  
 27-05-2015-15:30hrs
25. Muniz, Jackson Nunes (2012). ‘‘Histerectomia e sexualidade  
 ’’Universidade Federal de Bahia (disponível). <http://dspace.bc.uepb.edu.br>  
 28-05-2015-15:30hrs
26. Pena, Maria Teresa Cuamatzi (2004). ‘‘Histerectomia decorrente de  
 complicações no parto em um grupo de mulheres Mexicanas: uma visão  
 sociocultural. ’Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de  
 Ribeirão Preto, (disponível) <http://dspace.bc.uepb.edu.br>  
 28-05-2015- 117:05hrs
27. Silva e Coutinho, Carolina de Mendonça; DOS SANTOS, Inês Maria  
 Meneses; VARGENS, Octávio Muniz da costa (2010). ‘‘A repercussão da  
 histerectomia na vida das mulheres na idade reprodutiva’’ in Resarch –  
 Investigación. [disponível]. <http://dspace.bc.uepb.edu.br>  
 09-06-2015- 15:05hrs
28. Stivat, Camile Oliveira; Lazzarotto, Muriel; Rodrigues, Yarema Bedin;  
 Vargas, R. A Vera. (2005.) ‘‘Avaliação Comparativa da Citopatologia  
 Positiva, Colposcopia e Histopatologia: Destacando a Citopatologia como  
 Método de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero’’ Trabalho de  
 Conclusão do II Curso de Citologia Clínica da Sociedade Brasileira de  
 Análises Clínicas Regional Sul (Disponível). <http://sbac.org.br>

12-06-2015- 14:20hrs

29. Marques, M, (2008), Sentimento de perda: vivências da mulher com amputação do membro inferior, Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (disponível).

30. <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/.pdf>,

12-06-2015-15:45hrs

31. Menegoci, Carlos José; Filho, Andréa de Ayrton; BRONDI, Guimarães António Luíz; Modena, Bittecourt António Marco; Nagyssu Akiko Nancy; (2008)” Condutas nas Urgências em Genecologia (disponível)

<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/816/576>

18-06-2015-15:45hrs



## Apêndices

### Guião de entrevista

#### Caracterização geral

1. Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ anos
2. Habilitações académicas \_\_\_\_\_
3. Profissão \_\_\_\_\_
4. Tempo de actividade profissional \_\_\_\_\_

#### Conceitos sobre prevenção

1. Quando ficou a saber que tinha de fazer a cirurgia?
2. Como se sentiu quando soube da notícia?
3. Fazia consultas de prevenção periodicamente?
4. Quantas vezes por ano procuravam um ginecologista?

#### Histerectomia

1. Define a histerectomia?
2. Como se sente com a ausência do útero?
3. Qual foi o diagnóstico que a levou a fazer a cirurgia?

#### Vida sexual

1. Como reagiu o seu parceiro/a quando soube que tinha de fazer a cirurgia?
2. Acha que haverá alguma mudança na sua vida sexual?
3. Nota alguma diferença na sua vida sexual antes e depois da cirurgia?
- 3.1 O que faz para enfrentar esse cenário? (se sim a pergunta anterior)

#### Sociedade

1. Acha que o seu relacionamento com as outras pessoas sofreu alguma alteração depois da cirurgia?
2. Quando soube que tinha de fazer a cirurgia partilhou com outras pessoas?
3. Durante a sua permanência no hospital acha que foi bem tratada?

Exmo. Senhora Directora  
Do Hospital Baptista de Sousa

Eu, Janine Alves Delgado, estudante numero 2623 do 4º ano de licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo, venho por este meio mui respeitosamente requer a vossa excelência se digne a facultar os dados estatísticos relacionados com a histerectomia desde 2010 até 2014 e bem como a autorização para entrevistar algumas das utentes que estão escalas para a cirurgia de histerectomia, sendo que estas informações são indispensáveis para a elaboração e defesa do meu trabalho científico de final de curso cujo título é *“Assistência de enfermagem em mulheres histerectomizadas”* onde pretendo responder a seguinte pergunta de partida *“qual a repercussão da histerectomia na vida sexual e reprodutiva das mulheres histerectomizadas”* cujo objetivo geral é *“Identificar quais as implicações da histerectomia para a vida sexual e reprodutiva das mulheres histerectomizadas”*.

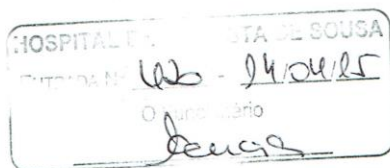
Pede deferimento

Mindelo, 14/04/2015

Janine Alves Delgado

/Janine Alves Delgado/

A Comissão de Ética para parecer! 16/04/15



Autorizado pelo  
Comissão de Ética



Exma. Senhora Directora  
Hospital Baptista De Sousa  
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

A Coordenadora do Curso de Licenciatura em enfermagem



UNIVERSIDADE  
DO MINDELO

Enf.ª Acelia Mireya Caceres  
Universidade do Mindelo  
Departamento Escola de Saúde

Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: [mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv](mailto:mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv)

## **Termo de consentimento livre e esclarecimento**

Prezado (a) senhor(a)

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa “Assistência de Enfermagem em mulheres hysterectomizadas”, realizada na enfermaria da maternidade do Hospital Baptista de Sousa.

O objectivo da pesquisa é “Identificar as implicações para a saúde sexual e reprodutiva nas mulheres submetidas a hysterectomia”.

A sua participação é muito importante e ela se seria através de uma conversa informal e de seguida gravada. Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntaria, podendo recusar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer ónus ou prejuízo á sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar a sua identidade.

Caso tenha duvida ou necessita de qualquer esclarecimento poderá contactar pelo telemóvel n. 9772683 Ou correio electrónico [delgadoJad@hotmail.com](mailto:delgadoJad@hotmail.com).

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do BI n\_\_\_\_\_ aceito participar nesta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Mindelo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

\_\_\_\_\_  
/Janine Alves Delgado/